

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**"ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROGRAMA DE VISITA
DOMICILIARIA DEL CAMIP- IGSS"**

TESIS

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

SONIA HAYDEE JORDAN BARRIOS

Previo a Conferírsele el Título de
TRABAJADORA SOCIAL
En el Grado Académico de
LICENCIADA

Guatemala, noviembre del 2,004

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR	Dr. Luis Alfonso Leal Monterroso
SECRETARIO	Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA	Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
SECRETARIA	Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

CONSEJO DIRECTIVO

LICENCIADA	Miriam Maldonado Batres
LICENCIADA	Rosaura Gramajo de Arévalo
LICENCIADO	Rudy Ramírez Díaz

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

LICENCIADO	Rómulo Teodoro Rojas Ajquí
------------	----------------------------

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

PERITO EN GERENCIA	
ADMINISTRATIVA	Gladys Elizabeth Moreno Girón
BACHILLER CC. LL.	Mauricio Burrión González

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTORA	Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda
SECRETARIA	Licda. Carolina de la Rosa de Martínez
COORDINADOR IIETS	Lic. Carlos Federico Noriega Castillo
TUTORA REVISORA	Licda. Elizabeth Florián
COORDINADORA AREA DE FORMACIÓN PROFESIONAL ESPECIFICA	Mtra. Ada Priscila del Cid

Artículo 11

"Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras."

Reglamento del Consejo Editorial de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:	Todo poderoso
A MI PATRIA:	Guatemala
A:	Universidad de San Carlos de Guatemala Escuela de Trabajo Social Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- "Club Años Dorados"
A MIS PADRES:	Humberto Jordán M. Angelina B. de Jordán
A MIS HERMANOS:	Max Jordán B. Especialmente
A MI ESPOSO:	Moisés Eduardo Ciudad Real
A MIS HIJOS:	Moisés Eduardo, Carlos Emilio, Juan Francisco Ciudad Real Jordán
A MIS AMIGAS:	Elvia Cristina de Santizo Alicia Muñoz Marina Arrecis P. Eloisa Escobar Gloria Margarita Hernández
A LICENCIADA	Elizabeth Florián Por su acertada asesoría en el presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
Introducción	i
 CAPITULO 1	
SITUACIÓN GENERALIZADA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN GUATEMALA	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Datos Estadísticos de la Población Adulta Mayor	4
 CAPITULO 2	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL IGSS Y SUS PROGRAMAS	10
2.1. Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-	10
2.2. Creación de Programas de Cobertura	12
2.3. Antecedentes del Programa de Visita Domiciliaria	13
2.4. Creación y Programas del CAMIP	14
2.5. Origen del Programa de Visita Domiciliaria	16
 CAPITULO 3	
PROBLEMÁTICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ATENDIDA EN EL CAMIP (Resultados de la Investigación de campo)	21
3.1. Salud	22
3.2. Economía	25
3.3. Alimentación	27
3.4. Vivienda	28
3.5. Grupo familiar	30

CAPITULO 4	
IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA	37
4.1. Equipo Multidisciplinario que debe participar en el Programa de Visita Domiciliaria	41
4.2. Importancia de la Participación del Trabajador Social en el Programa de Visita Domiciliaria	43
4.3. Importancia de Promover un voluntariado para la atención de la Visita Domiciliaria	50
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57

INTRODUCCIÓN

Por la importancia de la situación del Adulto Mayor evidenciada en el campo profesional de Trabajo Social, se realizó la presente investigación, con el propósito de conocer la situación actual de estas personas ya que muchas de ellas carecen de recursos económicos para tener una buena calidad de vida.

Al conocer la situación real de las personas de la Tercera Edad que son atendidas en el CAMIP, se conoce la problemática de cada caso, y por medio de esta investigación, se pretende proporcionar recomendaciones para ampliar el programa de visita domiciliaria que actualmente se lleva a cabo en el CAMIP, con la implementación de un equipo multidisciplinario que atienda integralmente a las personas en la visita respectiva.

La latente necesidad que tienen los jubilados, pensionados y beneficiarios de un apoyo sustantivo e integral, demanda la presencia de un equipo multidisciplinario, en el que cada uno de sus miembros, con su profesión específica, den respuesta a cada una de las limitaciones y necesidades de este grupo de guatemaltecos que han dejado su vida en aras del desarrollo y que hoy son mínimas las prestaciones que reciben.

Ante el incremento de la población jubilada, el CAMIP, debe realizar un estudio con el objeto de mejorar y ampliar la cobertura para que sus objetivos se cumplan en beneficio de la población que atiende.

La población de Adultos Mayores en Guatemala carece de una atención adecuada tanto por parte del Estado como del IGSS, ya que en su mayoría se encuentran en extrema pobreza, las pensiones que reciben son precarias y solo el 9% de esta población recibe una pensión económica, pero el resto de ellos llegan a la tercera edad con limitaciones de toda índole y por ello no pueden atender su salud y llevar una vida sin problema.

Ante esta realidad surge la motivación de elaborar el presente trabajo de tesis, que se planteó demostrar la necesidad de ampliar la cobertura del programa de Visita Domiciliaria a pensionados, jubilados y beneficiarios del Centro de Atención Médico Integral para Pensionados (CAMIP), que se encuentran descubiertos en diferentes zonas de la Capital y Municipios.

El mismo estudio pretendía establecer la necesidad de dotar de más personal médico y paramédico en el CAMIP, y ampliar horario de atención en el programa de visita domiciliaria para cubrir más zonas y municipios, como también la necesidad de coordinar un trabajo en equipo con el personal de visita domiciliaria, y así atender mejor las necesidades del Adulto Mayor.

Los objetivos planteados se lograron, pues se estableció la situación real de la población, que justifica la necesidad de reorientar el Programa de Visitas Domiciliarias, integrando un equipo de profesionales de diversas disciplinas, para proporcionar una atención integral.

Las hipótesis que orientaron este trabajo de investigación son:

1. El Programa de Visita Domiciliaria que funciona en el CAMIP, a pesar de la atención que se le brinda a Pensionados, Jubilados y Beneficiarios, no es funcional, si no cuenta con un equipo multidisciplinario con calidad profesional y humana para brindar una atención integral a la población.
2. La carencia de atención médica integral multidisciplinaria a domicilio en zonas y municipios de la Capital, tiene como consecuencia deterioro humano, enfermedades crónicas y muerte, por falta de una atención inmediata y tratamiento adecuado al Adulto Mayor.

Dichas hipótesis se comprobaron, ya que la población hasta el momento no ha tenido una atención integral en cuanto a calidad humana, la cual es necesario para que los Adultos Mayores tengan un trato adecuado que mejore su calidad de vida. Como resultado del trabajo realizado, se dan recomendaciones de acuerdo a la visita domiciliaria y la necesidad de la incorporación de un equipo de profesionales.

La muestra que se tomó para la investigación de campo fue de veinte (20) jubilados, veinte (20) pensionados y veinte (20) beneficiarios, de los usuarios del programa de visita domiciliaria del CAMIP, con una boleta de fácil respuesta, que proporcionará las inquietudes y posibles soluciones a los problemas de cada uno para mejorar el servicio, de acuerdo a lo propuesto en esta investigación.

El estudio se dividió en cuatro capítulos, el **primero**, está relacionado con los antecedentes históricos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en este apartado también se hace referencia a los antecedentes de Programa de cobertura, antecedentes del Programa de Visita Domiciliaria, Creación del Centro de Atención Médico Integral Para Pensionados, el cual también en el transcurso de esta investigación se nombrará CAMIP. El **Segundo** capítulo, contiene lo relacionado a la situación generalizada del Adulto Mayor, a la visita domiciliaria y el equipo multidisciplinario. El **tercer** capítulo describe la Problemática que actualmente atraviesa la población Adulta Mayor atendida en el CAMIP y el último capítulo puntualiza la importancia de la incorporación del Equipo Multidisciplinario en el Programa de Visita Domiciliaria y se resalta la participación del Trabajador Social.

Todo el trabajo de investigación se basó en la observación de la inexistencia de un programa específico que responda a las necesidades de las personas usuarias del CAMIP, por lo cual se espera que el trabajo

sea aprovechado por quienes estamos interesados (as) en mejorar la visión que hasta hoy se tiene de la Seguridad Social con relación al Adulto Mayor.

CAPITULO 1

SITUACIÓN GENERALIZADA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN GUATEMALA

Para iniciar sobre este importante tema se hace necesario situarnos en la realidad nacional, en donde poco se ha avanzado en materia de políticas sociales y cobertura con la población adulta mayor y cuando se habla de los jubilados el problema es mayor por diferentes razones, una de ellas la constituye las pensiones en dinero que reciben, que no alcanzan para cubrir sus necesidades básicas, como cuidados adecuados para su alimentación y salud.

1.1 ANTECEDENTES

Los adultos mayores son personas que han llegado a concluir su misión laboral y una edad determinada para considerarse como tales: "personas adultas mayores, entre 60 y 74 años quienes generalmente están en buenas condiciones de salud, son independientes y tiene una menor carga de incapacidad, existe otro grupo de adultos mayores que comprende a personas mayores de 75 años en quienes es posible encontrar mayor deterioro de su estado funcional y de su salud, así como una mayor carga de discapacidad "¹

¹ Memoria del Informe anual del Gobierno de Guatemala, año, 2002, Informe de labores del Ministerio de Salud Pública. Pág.208

En países más desarrollados el adulto mayor, aparte de su pensionamiento, recibe contribuciones específicas, tales como preferencia para viajar, anteojos gratis, descuentos en los restaurantes, tal es el caso de Francia, España, Inglaterra, Israel e Italia, lo cual contribuye a tener una vejez más tranquila. Lo anterior no ocurre en Guatemala, por jubilado se entiende de acuerdo a diferentes autores: "Época de la vida en que hemos rebasado los límites de la vida laboral en el mercado de trabajo, y desgaste físico que puede acarrear problemas de salud, emocionales, económicos, también es la acumulación de una y más profunda experiencia de la vida."².

Tercera Edad, es el apelativo de uso común que define a las personas mayores de cierta edad (variable a partir de los 60 años), integre o no la categoría de jubilados, o pensionistas en régimen de la Seguridad Social. Gracias a esta denominación se han superado las connotaciones más de términos como "vejez" o "ancianidad". El aumento de las personas de la tercera edad en los países desarrollados, ha provocado importantes cambios de actitud y mentalidad tanto entre sus protagonistas como en la sociedad en general.

Esta situación ha llevado a la adopción de programas de atención y promoción de actitudes de todo tipo, dedicadas a la satisfacción de sus

² Estrada Galindo, Gustavo Revista: "Exclusión Social y Envejecimiento"... Cuaderno de Desarrollo Humano. Impresión Artgrafic. Guatemala 2001. Pág. 7

aspiraciones, exigencias y necesidades, tanto económicas como culturales, lúdicas y otras de carácter social. "Jubilación, momento en la vida de una persona en que cesa de trabajar y comienza a percibir una **pensión**. El cese de la actividad laboral o empresarial puede deberse a la edad o imposibilidad física del trabajador. En la mayoría de los países, la edad de jubilación es de 65 años. Sin embargo, en los países más industrializados se tiende cada vez más a anticipar la edad de jubilación; esto, ha provocado un aumento de las suscripciones de planes de ahorro y de pensiones en el ámbito privado.

"La jubilación está perdiendo su clara delimitación frente a las demás fases de la vida (infancia, adolescencia y edad adulta). El hecho de que en numerosos países se desarrollen programas de actividades para la tercera edad, en los que se desempeña un nuevo periodo de aprendizaje, ha hecho que varios autores hablen de una 'segunda infancia'. Por otro lado, la mejor calidad de vida y las mayores expectativas de vida han llevado a algunos autores a distinguir la tercera edad de la 'cuarta edad', etapa que hoy hace referencia a aquellas personas con edades muy avanzadas que sufren un mayor deterioro físico y psíquico"³.

³"Jubilación", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99*. © 1993-1998 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos.

De acuerdo a lo anterior, una persona que se retira de la vida activa, es una persona de edad mayor (60-75 años) y que como consecuencia del trabajo realizado su salud se ha deteriorado, necesita atención médica y medicamentos, es en este momento cuando las personas, cualquiera sea su condición social, económica, cultural, étnica, etcétera, ameritan una especial atención a efecto de que haya una verdadera equidad con relación a cuidados y atención.

"La expresión "discriminación contra las personas" denota toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, edad, posición social, posición económica, que tenga como objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las personas de cualquier clase social, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en las esferas familiares, políticas, sociales, culturales y civiles o en cualquiera otra".⁴

1.2. DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

La edad umbral de la vejez es solo un indicador sistemático de una condición que involucra indudablemente como elemento central el estado de salud de las personas, pero también aspectos sociales, psicológicos,

⁴ Pasaporte para la Equidad, DAWNU, División para la Promoción de la Mujer folleto de las Naciones Unidas, para América Latina. Año 2000. Pag. 11

culturales y económicos, así como el establecimiento de una edad para la vejez.

Según algunos estudios de la división de la población, las Naciones Unidas consideran que la edad de inicio del envejecimiento se sitúa de los 60 años en adelante; en realidad el envejecimiento es un proceso complejo que ha sido abordado por varias disciplinas como la Economía, la Medicina, la Sociología, la Psiquiatría, la Educación y otras, ya que es un tema de mucha relevancia para el ser humano. Las condiciones biológicas e individuales del envejecimiento, así como su existencia sociodemográfica es puesta en evidencia tanto por sus causas como por su repercusión, con relación al deterioro de la salud, la cual se presentan en lo social, económico, político y cultural.

Además del estado conyugal es necesario examinar el tipo de hogar que conforman los adultos mayores en Guatemala, debido a que una gran mayoría viven en soledad, el esposo, esposa ya han fallecido, los hijos formaran hogar propio y residen a distancia del hogar paterno, por lo que el Adulto Mayor vive sólo.

Precisamente para el grupo de adultos mayores que viven sólo y que no cuentan con familiares que los apoyen, se hace necesario diseñar acciones que permitan su permanencia en la comunidad atendiendo su calidad de vida, tales como salud, economía, vivienda. "Se puede conjugar que la falta

de definición de un rol social para personas mayores influye también en la dificultad de los individuos para otorgar en un sentido pleno de la vida durante la vejez”⁵

La principal limitante de la población de Guatemala, es la falta de salud, pero esta situación es más difícil en el Adulto Mayor, es un fenómeno que limita el disfrute pleno de la vida de la persona, de igual forma la falta de apoyo en las políticas sociales para la solución de problema, es aquí donde se puede establecer la limitante cuando “solo existe un Centro de Atención Médica Integral para Pensionados cuando existen 9,851 por vejez y 134,883 pensionados por invalidez de acuerdo a las estadísticas del Periódico Prensa Libre”⁶

La salud debe ser una prioridad para cada persona para mantener un estado de vida de calidad, como había sido en otras culturas cuando se mantenían proyectos de salud en la población con énfasis para el adulto mayor, esta extensa área de fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos.

Hace nada menos que 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del sub continente indio habían desarrollado ya programas de higiene y

⁵ Estrada Galindo Gustavo ...Op Cit. Pag. 12

⁶ Investigación Estadística de la Población de Guatemala, de Prensa Libre Equipo de Redacción Guatemala 18 julio 2004, Pág... 2 y 3

salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos.

Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores de la población en general. Hacia el año 1400 a.C. en los países de Asia, la llamada ciencia de la vida, o *Ayurveda*. Se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero quedó relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas, de los niños y de los adultos mayores, en las madres en el desarrollo físico y mental de sus hijos, en los menores para un crecimiento adecuado y en los adultos mayores para que las enfermedades no hagan mayores estragos en sus organismos, ya que en

esta edad se presentan muchas de las enfermedades crónicas. La investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; establecen los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

De acuerdo a datos de estudios realizados por la Organización Para la Salud (OPS) la pirámide de crecimiento del adulto mayor tiende a subir en tanto que la tasa de nacimientos tenderá a bajar debido a los programas de control de la natalidad llevada a cabo al nivel mundial. Debe tomarse en cuenta que a la fecha es mas alto el numero de población infantil. Lo anterior si bien tiene ventajas, también debe dar un momento de reflexión debido a las condiciones de vida de la población mayor, que no ofrecen expectativas de cambios para una vejez con calidad.

Como resumen de lo descrito en este capítulo se concluye que los términos Adulto Mayor y Tercera Edad, se le designa a toda persona de sesenta años en adelante; en Guatemala una minoría goza de una pensión o jubilación las cuales no están acordes a la situación económica de Guatemala, ya que escasamente cubren sus necesidades de alimentación,

vivienda, vestido, Etc. lo cual repercute en el deterioro de la salud y entorno social familiar donde se desenvuelve, pues algunos de ellos viven solos y otros integren una familia, otros tienen cargas familiares y otros mas viven con familiares que los margina ó ignora, dando como resultado problemas psicobiosociales.

La principal limitante de la población adulta mayor guatemalteca es la falta de salud, lamentablemente solo existe un Centro de Atención Médica Integral para Pensionados del I.G.S.S., el cual es insuficiente para cubrir y atender todas las demandas y necesidades de esta población.

En países Europeos y de América Latina existen beneficios para los adultos mayores como: transporte, descuentos en supermercados, restaurantes, etc., favoreciendo al adulto mayor. Siendo un ejemplo para los demás países que carecen de estos beneficios y que cuentan con una mayoría de población adulta mayor.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL IGSS Y SUS PROGRAMAS

En este capítulo se hace una breve referencia histórica de la creación del IGSS, su cobertura y los programas aplicados, tanto a la población de afiliados como a pensionados, jubilados y beneficiarios, de igual forma se hace una descripción general del Programa de Visita Domiciliaria y su aplicación en el CAMIP.

2.1. HISTORIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS-

El **sistema tradicional de seguridad social** o ley de los pobres, nace en Inglaterra, suministraba ayuda a los pobres y menesterosos en especie, es decir dando a los necesitados provisiones de artículos de consumo diario, indispensables para el sostenimiento de la vida, proporcionando a las personas vales o cupones para recibirlos en los centros instalados apropiadamente.

En el curso de la historia, el sistema produjo efectos positivos y negativos, por una parte el sistema generó la producción de menesterosos y desocupados; y por el otro la displicencia de las personas al sentir asegurada su vida aun cuando tenían capacidad remanente total o parcial

para dedicarse al desempeño de una labor productiva. Actualmente el servicio casi ha desaparecido, aunque existen países donde se mantiene sostenida por entidades y fundaciones privadas.

La legislación guatemalteca en materia de política social tiene sus antecedentes más remotos en la legislación indigenista, antes de producirse la emancipación política española y mexicana en 1821 y 1823; pero fue en 1835, donde se encuentra una norma que pone en vigor varias órdenes de las leyes de protección a los indios, más definida se encuentra en el decreto gubernativo 177 Reglamento de Trabajo de jornaleros en donde se define lo que es trabajador, jornalero y patrono, y dentro de este se encuentran las obligaciones patronales de facilitar medicamentos, y asistencia a colonos y sus familias en caso de enfermedad así como cuidar que todos estén vacunados. En 1906 se emite el decreto 669 Ley Protectora de Obreros, en las que se incorporan prestaciones sociales en caso de accidentes profesionales, asistencia médica en casos de enfermedad y maternidad hasta por tres meses, subsidios en dinero en caso de incapacidad, pensiones vitalicias y ayuda para la sobreviviente viuda y huérfanos, y crea una caja de socorro con obligatoriedad de los trabajadores.

En el año 1946 se crea el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyos objetivos eran los de proporcionar a la clase trabajadora tratamiento en los casos de accidentes de trabajo, con subsidios que le permitieran

hacer frente a los problemas económicos de la familia, en tanto se recuperaba del accidente. Paralelo a este programa se propuso la creación del Hospital de Rehabilitación, y posteriormente a estos, el Hospital Materno Infantil, solo en la ciudad Capital, aunque la atención era para todo trabajador del campo y la ciudad que tuviera necesidad y derechos en los Programas (Materno Infantil, solo para el Departamento de Guatemala).

Fue en el año 1977 cuando se inaugura el Programa de Invalidez, Vejez y Sobre vivencia, con el objeto de dar prestaciones de Jubilación a los trabajadores, pensionamiento a los incapacitados y beneficiarios en caso de muerte de un trabajador, el que es conocido como el Programa I.V.S. En el año de 1968 se crea el Programa de Enfermedad Común, para atender toda clase de enfermedades comunes, no provocadas por accidente de trabajo.

2.2. CREACIÓN DE PROGRAMAS DE COBERTURA

En el año 1988 se extiende la cobertura de los programas en el Departamento de Escuintla y posteriormente a Mazatenango, con atención de enfermedad común y maternidad además de accidentes y prestaciones del Programa IVS, que ya existían. En la actualidad hay cobertura en todos los Departamentos del país, pero la atención a pensionados, jubilados y beneficiarios es limitada en los Departamentos, siendo únicamente en la Capital donde existe una instalación especial para tal fin.

2.3. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es la que aplica el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y su familia en el lugar donde reside con fines de investigación, tratamiento, ayuda o asesoramiento.

Históricamente la visita domiciliaria se consideraba como un instrumento, además de un procedimiento importante para entablar relación con personas o para conocer su situación real. Algunos que la promovieron y estudiaron su eficiencia, pasaron mas tarde a la nómina de los padres de la visita domiciliaria, tal el caso de San Vicente de Paúl, el cura de Chatío Lef Dombes (Diócesis de Lyon), quien como anécdota especial se enteró de la necesidad que tenía una familia, por lo que recomendó a los feligreses que la visitaran como una obra social para ayudar, lo que dio como resultado la afluencia de mucha visitas y la cantidad de ayuda que recibió la familia, lo que le hizo pensar en la necesidad de organizar las ayudas, fundando la organización de Señoras de la Caridad, con el objeto de que se atendiera los pobres a domicilio, el 8 de diciembre de 1617, recomendando que llevaran una ficha para escribir los nombres de las familias visitadas, la visita efectuada, las ayudas prestadas, las ayudas obtenidas y los acontecimientos importantes acaecidos durante el desarrollo de ese trabajo.

2.4. CREACIÓN Y PROGRAMAS DEL CAMIP

Por el alto número de personas mayores que luego de haber concluido su vida activa tanto en la iniciativa privada como con el Estado, y ya no contar con cobertura en los programas del I.G.S.S. para tratamiento y servicios, se encuentra un vacío que debía ser cubierto de alguna forma, tomando en cuenta las estructuras de cobertura de otros países quienes han superado los problemas sociales mediante programas acordes a cada grupo etareo según su necesidad. Fue por ello que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Estado llegan a un acuerdo de que mediante una partida específica se crearía el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP-.

El Centro de Atención Médica Integral para Pensionados, CAMIP, fue creado por mandato constitucional expresado en el Artículo 115 de la Constitución Política de la República de Guatemala. La honorable Junta Directiva del I.G.S.S. en respuesta a ese mandato emitió los Acuerdos 737, 738, 739 los cuales rigen su funcionamiento, presupuesto y programas en general.

El CAMIP es el área responsable de proporcionar atención integral al pensionado, jubilado y beneficiario mediante la ejecución de un programa de revitalización que contribuye a mejorar, mantener y apoyar en condiciones de integración social, física, emocional, a las personas de la tercera edad, con la ejecución de programas permanentes de

capacitación, orientación y educación en salud, con el objeto de fomentar su auto cuidado.

El CAMIP tiene como **misión** la responsabilidad de brindar atención médica integral a jubilados, pensionados y beneficiarios adscritos al régimen, a través de un equipo de profesionales médicos y disciplinas afines capacitados y calificados en el campo Geronto-Geriátrico, para promover una mejor calidad y expectativa de vida.

Visión del CAMIP, es la de ser el responsable del servicio a la población de jubilados, pensionados y beneficiarios, sea el ente que les brinde a todos sus asistentes un grado de bienestar integral que les permita desenvolverse cotidianamente con independencia, ejecutando actividades de intercambio, revitalización, dándole énfasis a la educación en salud preventiva.

Dentro de las prestaciones que asigna el CAMIP, está la consulta externa que incluye consultas médicas y exámenes especiales y de todo tipo de laboratorio, asistencia médica con especialidades en odontología, Cardiología, Traumatología, Cirugía, Ginecología, Fisiatría, Neurología, Urología, Dermatología, Reumatología Asistencia farmacéutica, Asistencia social en donde se le orienta con relación a: sus derechos y obligaciones, como orientación de casos especiales. Servicio de hospitalización cuando el caso lo amerita, por enfermedad común y accidentes. Visita domiciliaria,

del cual proporciona atención médica a domicilio los pensionados, y beneficiarios, quienes por su estado patológico o incapacidad no pueden llegar por sus propios medios a recibir la atención necesaria.

Fue en el año 1986 que se le da vida al Centro de Atención Médico Integral para Pensionados *CAMIP*, que atiende a pensionados de I.V.S. y del Estado, con un programa integral desde el punto de vista médico, psicológico, social y rehabilitativo. Cada uno de los programas con que cuenta el I.G.S.S., desde su creación ha tenido el apoyo de un Departamento de Trabajo Social a efecto de contar con investigación de casos de personas para su cobertura, siendo necesaria la visita domiciliaria para la obtención de datos concretos. En el caso del *CAMIP*, este programa tiene mas relevancia debido a que debe contarse con una historia del paciente, de su dependencia familiar, de la falta de ésta, de su historia clínica y de la atención que debe proporcionarse.

2.5. ORIGEN DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

El Programa de Visita Domiciliaria surge como un apoyo, para toda persona, pensionada del sector público, Jubilado del Estado y beneficiario de ambos sectores (esposa, mujer de hecho, hijos y padres) quienes por su grado de discapacidad no pueden presentarse por sus propios medios al *CAMIP* para asistir a sus consultas, la mayoría de ellos no cuenta con familiares que les acompañen, por lo cual el personal Médico de Consulta Externa lo evalúa físicamente, enviándolo para la intervención de Trabajo

Social, en donde se asigna la debida visita domiciliaria. Dentro de sus objetivos están: conocer su medio ambiente, entorno social, dependencia económica, y evaluación de incapacidad, etcétera, para ello el (la) Trabajadora Social en este caso se vale de una boleta estructurada adecuadamente, en donde se puede establecer como es la situación del paciente y si amerita una atención especial, por parte del Médico de visita domiciliaria.

Los y las Trabajadoras Sociales del CAMIP, al realizar la visita domiciliaria inician un trato amistoso que permite llegar a que el paciente tenga un trato de confianza, lo que permite profundizar aspectos que para otros profesionales es muy difícil identificar, siendo por ello que los estudios socioeconómicos si están bien definidos, contienen datos valiosos que permiten el abordaje de tratamiento y curación de los pacientes, que de otra forma pueden ser más difíciles de establecer.

La boleta no necesariamente debe llenarla el paciente, es el profesional que lo visita mediante la observación y diálogo con la persona puede llenarla, por ello la visita debe dar confianza a la persona a manera de que entable un diálogo libre, que sienta que el visitante le ayudará en algún sentido.

Como resumen al presente capítulo se concluye:

La Seguridad Social tuvo su inicio en países Europeos, en donde se le cubría a personas por enfermedad, accidente, viudas y huérfanos.

En Guatemala se inicio la Seguridad Social en 1946 con el programa de accidente, atención médica y ayuda económica a la familia. Juntamente se creo el Programa de Rehabilitación, Materno Infantil e I.V.S., el cual cubre a pensionados jubilados y beneficiarios.

Al crecer la población se dio cobertura de estos programas a los departamentos de Escuintla y Mazatenango; en 1989 los tiene todo el país; concentrándose en la capital la mayor atención al jubilado, pensionado y beneficiario ya que el CAMIP, existe únicamente en la capital.

Con el incremento de la población y la cobertura que se le dio al jubilado del Estado por medio del acuerdo Gubernativo 115 de la constitución de la republica; la infraestructura de CAMIP, es pequeña, por lo que hay un proyecto en ampliación de sus instalaciones así como en regiones departamentales.

Una parte de CAMIP, es el programa de visita domiciliaria, el cual cubre a la población adulta mayor de invalidez, vejez y sobrevivencia como del Estado, el cual inicio con seis Médicos, una Secretaria. Por el crecimiento de dicha población es necesaria la ampliación de personal médico e incorporar al mismo un equipo multidisciplinario para brindar una mejor

atención al Adulto Mayor y poder cumplir con los objetivos de la misión y visión de CAMIP.

Actualmente dicha atención es limitada para algunas zonas que no se toman en el perímetro de la capital, que corresponden a municipios cercanos (Colonia Primero de Julio corresponde a Mixco). En donde hay personas adultas mayores que necesitan ingresar a dicho programa. Se considera que con la implementación del equipo multidisciplinario, el pensionado, jubilado y beneficiario que necesite de la atención de uno de los profesionales puede mejorar y así llevar una mejor calidad de vida.

La creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, fruto de la Revolución de 1944, trajo beneficios a la población trabajadora de Guatemala.

Posteriormente al crearse el Programa de Invalidez, vejez y Sobrevivencia (IVS), era necesaria la creación del Centro de Atención Médica para Pensionados (CAMIP), este se crea por Acuerdo de Junta Directiva 737, 738 y 739, con la finalidad de dar atención a la población de adultos mayores.

A la fecha el programa no tiene el impacto deseado ya que no cubre en su totalidad las zonas de la capital, ni a la mayoría de personas. Esto da como

resultado la muerte por falta de una atención oportuna de estas personas y la indignación de sus familiares.

Se considera que por el tiempo de vigencia del I.G.S.S. su cobertura debería ser mejorada con calidad, eficacia y eficiencia, por lo que se debe reorganizar cada programa e implementarlo con el equipo de profesionales necesarios para una atención adecuada, en especial para las personas de la tercera edad; al mismo tiempo descentralizar y abrir más centros de atención integral para la población adulta mayor, en otras zonas y departamentos del país.

CAPITULO 3
PROBLEMÁTICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
ATENDIDA EN EL CAMIP
(Resultados de la Investigación de campo)

Con el propósito de demostrar la urgente necesidad de que la población adulta mayor beneficiaria de los servicios del CAMIP, demanda una atención especializada e integral mediante el Programa de Visita Domiciliaria, en este capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación realizada a una población de 60 personas jubiladas, pensionadas y beneficiarias del I.G.S.S. y Estado en el Programa de Visita Domiciliaria, quienes son los menos beneficiados en este programa cuya población es de 9,851 pensionados por vejez y 134,883 solo para invalidez del Programa de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS).

Para encontrar la problemática de la población a investigar, se elaboró una boleta cuyos resultados se están plasmando en este capítulo, también se detalla la situación socio económica encontrada, como parte de la observación, y las recomendaciones que la población entrevistada propuso para mejorar las prestaciones en servicio que se les proporciona actualmente.

Es importante resaltar que el Adulto Mayor cuenta con problemas de toda índole a partir de retirarse de la vida activa, lo cual deteriora su estado físico, emocional, social y psicológico, algunos de los problemas encontrados son factores determinantes de su asistencia al CAMIP y ameritan una atención especial, de esta manera se hace necesario proporcionarles una mejor contribución en su estado físico.

Del total de 33 mujeres y 27 hombres de la tercera edad entrevistados, se obtuvieron los datos siguientes que se presentan en los respectivos cuadros estadísticos.

3.1. SALUD

Debido a que la falta de salud es el principal problema del Adulto Mayor, deben tomarse en cuenta los factores que influyen en el deterioro de esta y de allí encontrar la forma de abordarla. El área de fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos.

Hace aproximadamente 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del sub continente americano, habían desarrollado programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos, con el objeto de mejorar su calidad de vida ambiental.

Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el

ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores de la población en general. Hacia el año 1,400 a.C. la llamada ciencia de la vida, o *Ayurveda*, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Los principales problemas de la población de Adultos Mayores son de salud, por ello se puede decir que la vida de estas personas está condicionada a las enfermedades propias de la edad, como artritis, diabetes, hipertensión, problemas lumbares, sordera, problemas del corazón y otras.

A través de los años se han realizado estudios con el fin de mejorar la salud de las personas, habiéndose hecho descubrimientos que en algunos casos contribuyen a que la población disminuya sus dolencias y pueda contar con medicamentos que minimicen sus problemas y de igual forma se han creado especialidades para cada grupo etareo y de acuerdo a cada enfermedad. Por ello el CAMIP, cuenta con varios médicos con sus especialidades, que atienden a los adultos mayores.

A partir de estos descubrimientos, la humanidad ha tenido mas atención al cuidado de la salud, aunque las enfermedades no desaparecen del todo, la ciencia contribuye a tener un mejor estado de salud y vida.

En la investigación de campo se encontró que la situación de salud de las personas mayores ofrece estadísticas alarmantes debido a la falta de acceso, ya que los programas del gobierno no son los adecuados para esta población, entre los principales problemas de salud encontrados están:

Cuadro 1
ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN EL ADULTO MAYOR
(CAMIP)

Enfermedad	Prevalencia
Enf. Respiratorias	35
Artritis y osteoporosis	47
Hipertensión	55
Columna	8
Enfermedades del corazón	10
Falta de agudeza auditiva	18
Falta de agudeza visual	16
Enfermedades gástricas	9
Diabetes	35
Parkinson	5
Alzheimer *	5
Demencia senil *	7
Otros	
Convulsiones	2
Próstata	2
Depresión	12
Fracturas	5
Derrames cerebrales	12

Fuente: Investigación de campo. * La información la proporcionó la familia.

Ante esta interrogante se obtuvo respuestas múltiples expresadas por una misma persona investigada.

Se estableció que todas las personas entrevistadas presentan enfermedades de diferente índole, muchas de las cuales son irreversibles, pues una sola persona padece de 2 a 4 enfermedades.

Las enfermedades descritas son por las que reciben atención médica en el CAMIP, lo que evidencia que dichas personas necesitan programas especiales para atender su salud y llevar una vida tranquila. Las enfermedades de mayor prevalencia son: hipertensión, artritis y diabetes, las cuales no tienen cura, únicamente se mantienen con medicamentos constantes y algunas veces causan depresión, que amerita un tratamiento diferente.

3.2. ECONOMÍA

Uno de los problemas con que se enfrenta la población de Adultos Mayores es la falta de recursos económicos para hacer frente a las demandas de la familia y los propios, esto también puede verse como limitante para tener una vida sana y sin problemas.

Cuadro 2

**MONTO DE PENSIONES DE JUBILADOS, PENSIONADOS Y
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA
(CAMIP)**

Monto de la pensión En Quetzales	No. de personas	Porcentaje
110 - 676	29	48
677 - 1,243	24	40
1,244 - 1,810	1	2
1,811 - 2,377	0	0
2,378 - 2,944	2	3
2,945 - 3,511	1	2
3,512 - 4,079	3	5
Total	60	100

Fuente: Investigación de campo

Los problemas económicos tienen sus raíces en las precarias pensiones que reciben como jubilados, pensionados o beneficiarios (del IGSS y del Estado), las cuales no alcanzan para cubrir las necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda, vestido, salud, transporte y otros. Solo la Universidad de San Carlos, el Instituto de Electrificación, Banco de Guatemala son quienes proporcionan mejores pensiones a sus trabajadores, ya que en las pensiones que proporciona el IGSS se encontraron tres de Q 110.00 al mes.

Tanto el Estado como el IGSS, proporcionan pensiones tan limitadas que una sola persona no puede sobrevivir, y si se toma en cuenta que las personas de la Tercera Edad, cuentan con un grupo familiar, las limitaciones son más grandes. Otro factor es que las personas de edad adulta no son utilizadas como mano de obra y muchas cuentan con familiares que no tienen trabajo por el alto número de desempleo que existen en Guatemala) constituyendo una carga familiar.

En la investigación se encontró grupos familiares conformados por varias personas que dependen del mismo ingreso económico, siendo los problemas mayores, ya que su presupuesto no les alcanza para tener una alimentación adecuada u obtener algún grado de comodidades para el adulto mayor, pues el ingreso lo comparten con su familia.

3.3. ALIMENTACIÓN

El deterioro humano se determina por los hábitos alimenticios de cada persona y por el estilo de vida acostumbrado, la alimentación juega un papel importante en la vida del Adulto Mayor, por ello la observación de estados de desnutrición en que se encuentran tantas personas de esta población, hace suponer que no cuentan ni con los recursos necesarios ni con hábitos alimentarios adecuados.

Para que las enfermedades no hagan mayores estragos en los organismos de los Adultos, se han realizado investigaciones sobre los efectos de los

suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; tomando en cuenta los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; sobre datos de alimentación no se realizó ninguna pregunta, pero la información de registros médicos y la observación en las visitas domiciliarias permitieron interpretar que la población de Adultos Mayores, carece de una alimentación adecuada, no recibe una dieta nutritiva de acuerdo a su edad, siendo el principal factor la situación económica, la falta de familiares que apoyen y contribuyan a la preparación de los alimentos.

3.4. VIVIENDA

En la investigación se estableció las condiciones en que viven las personas visitadas, de igual forma el tipo de vivienda que ocupan, algunas son propias, en tanto que otros residen con familiares, o las alquilan, pero como caso común, en su mayoría viven en pobreza o pobreza extrema y en hacinamiento, de acuerdo al menaje y grupo familiar observado.

Cuadro 3

TENENCIA Y CONDICIONES DE VIVIENDA DE ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

Tenencia de la Vivienda	No. de personas	porcentaje
Propia	34	57
Alquilada	16	26
Otros	10	17
Totales	60	100

Fuente: Investigación de campo

La pregunta sobre la tenencia de la vivienda que ocupan los adultos mayores, se formuló para tener conocimiento si son propietarios o no de ellas, al mismo tiempo observar las condiciones en que se encuentran las casas de estas personas.

CUADRO 4

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Condiciones encontradas	No. De personas	Porcentaje
Tipo formal	49	82
Tipo informal	11	18
Total	60	100

Fuente : Investigación de campo

En la entrevista realizada se encontró un 43% de personas que no cuentan con una vivienda propia, algunos viven alquilando y otros con familiares, se observa que estas personas, pese a haber trabajado toda la vida no cuentan con condiciones adecuadas (algunos son discapacitados), comparten el dormitorio con el resto de la familia, otros están aislados, no tienen privacidad para el disfrute de su tercera edad en cuanto a vivienda o comodidades.

Lo anterior demuestra que la situación económica de esta población es precaria, pero también las pensiones económicas que reciben, no son congruentes con la realidad y el coste de vida.

3.5. GRUPO FAMILIAR

La mayoría de las personas visitadas, que son personas de edad avanzada, no cuentan con un apoyo directo de parte de su familia con respecto a lo económico, muchas de ellas tienen cargas familiares, debido a que la falta de empleos en Guatemala también repercute en ellos, pues acogen en su casa a sus hijos mayores con su propia familia; esto también repercute en la economía ya que la misma pensión debe sostener a toda la familia.

De las 60 personas entrevistadas hay un total de 30 personas en estas condiciones, encontrándose un promedio de 4 a 5 miembros de la familia bajo el mismo techo, compartiendo la vivienda, el menaje y el presupuesto.

También se encontraron familiares dando apoyo a algunos adultos mayores, limitando su propio espacio físico de vivienda, en donde tanto el propietario de la casa como para el adulto mayor no hay comodidades ni privacidad esto lo confirma el cuadro siguiente.

Cuadro 5
GRUPO FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

Grupo Familiar	No. De adultos mayores	Porcentaje
Esposa, hijos y nietos	30	50
Solo con la esposa	17	28
Amigos y otro familiar	4	7
Solo con hijos y nietos	9	15
Total	60	100

Fuente: Investigación de campo

Debido a que las personas de la tercera edad ameritan una atención médica más frecuente, y que algunas veces no la reciben como desean, se formuló esta pregunta sobre cómo ha recibido la atención médica en el CAMIP, y se presentan los resultados siguientes:

CUADRO 6

OPINIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL CAMIP

Calidad de atención	No. De Personas	Porcentaje
Buena	43	72
Regular	17	28
Mala	0	0
Total	60	100

Fuente: Investigación de campo

Las respuestas estuvieron encaminadas a proporcionar recomendaciones para que se les atienda, es evidente que las personas en esta pregunta calificaron la atención de buena a regular en los diferentes servicios y de acuerdo a lo que han vivido en el CAMIP. El mayor porcentaje señala que la atención recibida ha sido buena y algunas veces regular, pero como adultos mayores ameritan una atención más frecuente para plantear sus necesidades de salud.

Cuadro 7

OPINIÓN SOBRE LAS CITAS A CONSULTAS MÉDICAS EN CAMIP

Opinión	No. de personas	Porcentaje
Conformes	23	38
Inconformes	37	62
Total	60	100

Fuente: Investigación de campo

De los 60 casos investigados, 35 recomiendan que las citas deben ser mas frecuentes, pues algunas veces son hasta de 4 a 8 meses, y que se deben mejorar algunos aspectos como lo relacionado con la visita domiciliaria en donde hace falta que éstas sean más frecuentes y con un equipo que atienda sus necesidades a domicilio.

De igual forma se indagó sobre como y cada cuando reciben la atención médica las personas de la Tercera Edad, informan que las citas no son de acuerdo a las necesidades de cada una, ya que muchas veces éstas son muy distantes y por su edad y situación de salud creen que necesitan ir al médico con mas frecuencia, ya que padecen enfermedades que ameritan mayor atención. Otros creen que las citas largas pueden agravar su salud y por sus propios medios no pueden comprar las medicinas ni pagar un médico.

Cuadro 8
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA DE
CAMIP

Conoce el Programa	No. De personas	Porcentaje
Sí	60	100
No	0	0
Total	60	100

Fuente: investigación de campo

En cuanto al conocimiento del programa de visita domiciliaria se observa que la mayoría de los casos lo conocen; además todos han hecho uso de él, y la ayuda que solicitaron fue (Médico, uso de oxígeno, laboratorios, exámenes especiales y ambulancia). Informan también que han recibido entre una a cinco veces las visitas domiciliarias cada dos meses, en donde tienen la oportunidad de que les proporcionen medicamentos y formular las preguntas necesarias.

Del total de la población encuestada fueron 33 mujeres y 27 hombres, debido a que las mujeres son más longevas que los hombres y porque la mayor cantidad de personas que asisten al CAMIP, son mujeres y el porcentaje de hombres es menor.

Dentro de las sugerencias para mejorar el servicio de la Visita Domiciliaria expusieron:

- "Ser visitados por médicos Especialistas.
- Que se impartan pláticas a los familiares sobre el cuidado de la salud
- Mejorar la atención Médica.
- Proporcionar los medicamentos que sean necesarios
- Las visitas médicas sean más frecuentes."

Cuadro 9

OPINIÓN RESPECTO A LA NECESIDAD DE ATENCIÓN DE UN VOLUNTARIADO

Aceptación del voluntariado	No. de personas	Porcentaje
Si	33	55
No	27	45
Total	60	100

Fuente: investigación de campo

En cuanto a la opinión de la población entrevistada con respecto a la atención que le podría proporcionar un Voluntariado el 55% respondió que Sí les gustaría que una persona les hiciera compañía, ya que algunos viven solos: mientras el 45% lo negaron considerando que ellos conviven con familiares que les brindan cuidados.

Con el objeto de conocer la necesidad de los adultos mayores de que otros profesionales los visiten, se preguntó qué profesional se necesita en la visita domiciliaria y ellos responden que necesitan de una atención integral, la visita debe estar conformada por: Médicos especialistas, Fisioterapista, Psicología, Trabajo Social, Enfermería.

Con respecto a la visita de otros Profesionales de las diferentes disciplinas que hay en CAMIP, la mayoría de entrevistados solicitan de un

Fisioterapeuta, para no perder la rutina de hacer ejercicios; de médicos Especialistas para poder tener una mejor consulta de sus enfermedades, ya que a algunos se les dificulta el traslado hasta el CAMIP, una Terapeuta Ocupacional quien le pueda orientar a ocupar su tiempo libre; de una Enfermera para que le enseñe sobre el auto cuidado; Psicología para superar sus estados depresivos y con Trabajo Social para recibir tratamiento social y orientación a sus derechos y obligaciones .

CAPITULO 4

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

En este capítulo se da a conocer la importancia de fusionar distintas profesiones para establecer un trabajo disciplinado que permita un mejor resultado de los objetivos y metas propuestos, de igual forma se manifiesta cómo se podría trabajar en equipo y cuál debe ser el trabajo de cada uno.

Los resultados de la investigación demuestran que el adulto mayor atendido en el CAMIP, se ve afectado por múltiples limitantes que afectan tanto su salud física como emocional, tales como problemas económicos, sociales y propiamente su salud, cuando no tiene una atención en el momento que la necesita. Las personas que se entrevistaron están comprendidas entre las edades de 73 a 89 años, muchos de ellos no cuentan con familiares que les acompañen a sus consultas o a exámenes especiales. Se encontró un grupo que, aún contando con familiares no pueden acompañarlos por las labores.

Lo anterior demanda que el IGSS considere esta situación y tome la decisión de que el Programa de Visita Domiciliaria, sea reorganizado y estructurado con el equipo multidisciplinario necesario, a efecto de que no

sean únicamente los Trabajadores Sociales y Médicos quienes realicen estas visitas, esto dará como resultado una mejor atención, menor reincidencia de problemas de salud en los adultos mayores.

La participación multidisciplinaria es importante en la visita domiciliaria, ya que en la intervención de todo un equipo, se presentan criterios de diferentes profesionales que en su conjunto pueden llegar a proporcionar un mejor diagnóstico y de igual forma un mejor tratamiento en beneficio del paciente.

Las condiciones e importancia para que un trabajo en equipo sea efectivo, hace necesario que haya un objetivo común claramente definido y aceptado por todos los miembros que integren un equipo.

Para el logro de los objetivos hay que realizar una serie de funciones, actividades y tareas que no serán iguales para todos, es de sentido común que un trabajo en conjunto no puede darse cuando todos están haciendo lo mismo; es necesaria una distribución de funciones, actividades y tareas, por supuesto de las responsabilidades que se derivan de ello. Esta es una de las decisiones que hay que tomar, desde el momento en que se decide constituir un equipo. Es necesario que todos y cada uno de los miembros lo acepten. Esta articulación de funciones, de actividades son base de un trabajo en equipo bien organizado que permite aumentar la capacidad operativa y tomar decisiones adecuadas.

De acuerdo a la percepción de lo que puede ser el trabajo en equipo, se retoma lo que aporta Ander Egg para una mejor comprensión: "se trata de un conjunto de personas que tiene un alto nivel de organización operativa de cara al logro de determinados objetivos y a la realización de actividades, que trabajan en un clima de respeto y confianza mutua altamente satisfactorio. " ⁷

La capacidad de resolver problemas y proponer soluciones en un equipo es siempre superior a la de una persona.

Los problemas complejos se pueden abordar y resolver más eficazmente cuando se hace conjuntamente, pues la toma de decisiones se hace entre todos.

El trabajo en equipo es una necesidad insoslayable para actuar en una realidad social de complejidad creciente y de múltiples interdependencias. Ciertamente determinadas tareas no se pueden hacer si no es por la acción conjunta mediante la convergencia de diferentes actividades, habilidades y conocimiento. De allí las múltiples propuestas acerca del trabajo interdisciplinario o al menos de acción polivalente en equipo multiprofesionales.

⁷ Ander Egg Ezequiel, Aguilar Maria José,"El Trabajo en Equipo" Colección Ideas en Acción. San Isidro Argentina. Editorial Humanitas. 1976. Pág. 164

" Para lograr la configuración de un equipo, hay que combinar las ventajas y resultante de tres factores tales como:

- Una tarea a realizar conjuntamente de acuerdo a los objetivos propuestos en cuanto al equipo.
- Las relaciones técnicas o funcionales que se derivan de esos objetivos que, a su vez establecen responsabilidad de unos y otros en lo que hace a la realización de actividades y tareas. Se trata de todo lo que concierne a la forma de realizar el trabajo propiamente dicho.
- Los factores humanos, que se dan a través de procesos socio afectivos y que hacen referencia al tipo de relaciones que se establecen entre las personas que forman parte de un grupo (en este caso con el propósito de constituirse en equipo). Aquí tiene que ver todo lo que hace al carácter informal y emotivo que es propio de todo grupo"⁸ El grupo que conforma un equipo debe tener características esenciales, tales como:

A) Objetivos comunes.

B) Número limitado de miembros integrantes del equipo.

C) Organización definida.

⁸ IDEM Pág.165

- D) Complementación humana e interprofesional.
- E) Comunicación fluida y transparente.
- F) Capacidad de aprovechar conflictos y oposiciones.
- G) Atención personal y búsqueda de espíritu de equipo.
- H) Implicación personal y vivencia de pertenecer a un grupo.

4.1. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DEBE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

Para atender las más urgentes necesidades del Adulto mayor que por causas diversas no puede acudir a sus citas, y con la finalidad de que se conozca su entorno familiar (si lo hay) y brindarle una atención integral, se plantea que el Programa de Visita Domiciliaria debe estar conformado por un Médico (a) de preferencia un Geriatra, una Enfermera, un (una) Trabajadora Social, un Psicólogo (a) un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional.

La función de cada profesional, está determinada por la situación en que se encuentra el paciente, y por el tratamiento y seguimiento que deba recomendarse para mejorar su salud.

La propuesta de conformar un equipo multidisciplinario, es por un lado, motivo de nueva modalidad, pero también una necesidad, si se desea y quiere dar un mejor impacto de trabajo que contribuya a mejorar la calidad de vida y salud de las personas de la tercera edad.

En materia de Derechos Humanos se habla de proporcionar a la población los medios necesarios para un desarrollo integral: debe analizarse si hasta este momento el IGSS, ha brindado a los jubilados, pensionados y beneficiarios una verdadera atención integral a domicilio cuando las personas no pueden valerse por sus propios medios. En lo contenido en las reformas al Código de Trabajo en el Art. 14 anuncia "Se prohíbe la discriminación por motivos de raza, religión, opinión política, situación económica, sexo, edad."⁹

El Programa de Visita Domiciliaria en sí contiene una serie de procedimientos que permiten que el profesional de Trabajo Social, pueda encontrar su objetivo en forma conjunta con el entrevistado y así proporcionarle una mejor atención, de igual forma dar un informe objetivo al médico solicitante para su tratamiento.

FUNCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

El trabajo en equipo multidisciplinario requiere del cumplimiento de funciones individuales y colectivas, éstas últimas ameritan ser coordinadas, analizadas y consensuadas. Tales funciones deben contribuir a que cada uno de sus integrantes haga propuestas de acuerdo a su profesión o especialidad y que el resto del grupo acepte dicha propuesta. Otra de las

⁹ Reformas al Código de Trabajo. Propuesta de Organizaciones y presentada al Congreso de Guatemala por la Sociedad. Civil. Guatemala 2000. Pag. 7.

acciones debe ser que el paciente obtenga un tratamiento óptimo de acuerdo a los objetivos de la institución.

Para alcanzar lo anterior el trabajo del equipo multidisciplinario debe tener.

- Una coordinación que debe ser el eje central para la realización de trabajo.
- En la planificación de las acciones no se debe perder de vista los resultados que se desean obtener, por lo que esta debe hacerse en equipo y debe contener: Concreción, originalidad y tiempo. Establecer mecanismos operativos de evaluación, para medir los resultados del trabajo en grupo y el impacto del Programa de Visita Domiciliaria.

4.2 IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

El Trabajo Social tiene retos para el desempeño de su trabajo en las diferentes instancias, uno de estos es con personas de la tercera edad, jubilados, pensionados y beneficiarios. Otro reto es la conformación del equipo para la realización de visitas domiciliarias para la población de jubilados, que se lleva a cabo dentro de los programas del CAMIP, y que forman parte de los programas de atención en el entorno de atención institucional.

La tendencia actual es la de mantener al jubilado en contacto con su ámbito social, de ahí que se procure realizar programas que favorecen la permanencia de las personas en su entorno habitual, a medida que aumenta el promedio del jubilado, es significativo el qué hacer profesional, de allí la importancia de conocerle mediante la visita domiciliaria.

Es importante la conformación de un equipo para visitas domiciliarias, para que cada uno tenga una visión real del entorno familiar de acuerdo a su profesión, es decir el **Médico** observará las condiciones en que está cuidando de su salud, el **Psicólogo** detectará las causas que limitan la recuperación de su salud, aconsejándole como liberarse de la depresión y stress, por medio de terapia individual y de grupo con la familia. el **Fisioterapeuta** recomendará como puede mejorar la salud física y le enseñará a la familia como tratarlo. El **Terapeuta ocupacional**, enseñará al paciente como ocupar su tiempo libre para liberarse de aburrimiento y a poner en práctica sus conocimientos y habilidades. **Enfermera profesional**, quien impartirá al paciente o familiar la importancia del auto cuidado. El **Trabajador Social**, podrá observar las limitaciones, la convivencia con la familia y le orientará a hacer el mejor uso de los recursos con que cuenta en su hogar y en la institución, apoyándole emocionalmente, al final el equipo puede contar con una historia del paciente completa.

Para poder ayudar al paciente, el Trabajador Social debe comenzar por conocerle y entenderle, interesarse de su problema, sus limitaciones

individuales particulares, el trabajador social debe determinar qué hacer y cómo evaluar los resultados de su intervención. Uno de los pasos iniciales es permitir al jubilado que acepte ayuda mediante el desarrollo de confianza en la relación profesional. El procedimiento debe incluir los siguientes elementos:

- Identificación del problema, conocer la persona a la cual se le ofrece el servicio.
- Su trasfondo cultural, religiosos, familiar entre otras cosas.
- Determinar las limitaciones y fortaleza del jubilado que ayudará o limitarán la solución del problema.
- Conocer cómo el jubilado ha enfrentado situaciones previas y afrontado los problemas anteriores.

El conocimiento de la realidad del paciente proporcionará elementos para determinar un plan de acción, los recursos disponibles para definir que clase de atención demanda, lograr la aceptación del jubilado del plan de acción, programar capacitaciones o disponibilidad de la persona para lograr las metas del plan de acción.

Los métodos y técnicas para intervención con el paciente deben de ser utilizados sólo después de entender y practicar ciertos principios básicos en la relación cliente profesional, estos son: Establecer una relación positiva, la habilidad del jubilado de aceptar ayuda depende de la relación

que establece con el profesional, cualquier persona con necesidad de ayuda, va a requerir tiempo para aceptar la relación. Para facilitar este proceso el trabajador social deberá, crear una atmósfera de calidez, aceptación y entendimiento, inspirar confianza y seguridad, abstenerse de emitir juicios, reconocer y entender los sentimientos que puedan surgir de parte del jubilado hacia el trabajador social.

Además estimular al jubilado para que acepte la ayuda, reconocer que el jubilado, pensionado o beneficiario, pueda cambiar, ayudarlo a ser útil y valioso, que le dé valor y éxito a su existencia. Y ayudarlo a aumentar su sentido de dignidad, esto también constituye un reto cotidiano para (el) la Trabajadora Social.

Reconocer que al jubilado le resulta difícil aceptar ayuda, pues afrontan sentimientos ambivalentes sobre aceptar o pedir ayuda, ya que por un lado, desean ser independientes y por otro, reconocen la necesidad de la dependencia, los jubilados pueden mostrar resistencia a ser ayudados, prefieren guardarse sus necesidades mediante la negación de la existencia de problemas, evitando su participación o no haciendo nada para poder pedir ayuda.

Los métodos básicos para ejecutar el plan de acción incluyen principalmente la entrevista, la consejería y otras técnicas, la entrevista puede ser un instrumento principal ya que por medio de la visita domiciliaria, se puede

brindar ayuda a la persona y lograr los diferentes propósitos por medio de una evaluación inicial, existen principios básicos que deben guiar el proceso de la entrevista con el jubilado.

Respetar la confidencialidad, privacidad y comodidad, utilizar cualidades de liderazgo con el propósito de escuchar, observar como actúa, la consejería es un proceso continuo que incluye entrevistas programadas, regularmente son los mismos principios de la entrevista.

En el CAMIP, la presencia del Trabajador Social tiene la importancia de ser el enlace entre los médicos, el paciente, la familia y la realidad en que este se desenvuelve diariamente, ya que cada persona que asiste por diferentes causas al Centro, tiene su primer contacto con la Oficina de Trabajo Social, tanto para recibir orientación como para llenar una ficha de datos necesarios para su permanencia en el Centro.

Retos del Trabajador Social

Se asume que el Trabajador Social a la fecha no ha tenido la oportunidad de desarrollar todo el potencial que posee (teórico, práctico y personal) debido a que cada uno en su campo de acción debe regirse de acuerdo a un normativo y muy pocas veces pone de manifiesto una iniciativa propia, se asume también que en este sentido los y las Trabajadoras Sociales, pueden unificar criterios metodológicos para una mejor intervención a nivel institucional que posean los siguientes rasgos:

1. Una metodología orientada a desarrollar al máximo la capacidad de comprender y solucionar problemas, y no solo asimilarlos, conservarlos y reproducir información.
2. Una metodología que facilite un vínculo directo con las situaciones reales a las que se debe enfrentar tanto personalmente, como el personal a su cargo y en su campo cada día.
3. Una metodología que permita, que todos los usuarios encuentren reforzada sus capacidades y de igual forma estimular las más débiles, y que al mismo tiempo incremente la posibilidad de aprender, comprender, asimilar, cambiar hábitos y estimule a la continuidad de la vida, cualquiera que sea su edad.
4. La acción profesional del (la) Trabajadora Social, se basa fundamentalmente en la acción colectiva y en la solución de problemas, pero de acuerdo a los cambios actuales, debe mantenerse actualizado y proponer cambios que vayan mas allá de lo tradicional o del mandato institucional.
5. La utilización creativa de sus conocimientos científicos, está en función de los adelantos internacionales, y no únicamente de los aprendizajes tradicionales.

6. Valentía para convencer a otros Profesionales de la importancia del Trabajo Social Profesional.

Lo anterior implica que la práctica social de los sujetos sociales es el eje de la intervención de los (las) Trabajadores (as) Sociales y que el aprendizaje de sus múltiples roles y actividades desarrolladas deben estar enmarcados dentro del contexto en donde se desenvuelve, y no solo aprendido desde su formación. Si el profesional no ha aprendido en la práctica, se quedará solo con lo aprendido en su formación y esto le llevará a quedarse rezagado de los cambios y su desempeño puede correr el riesgo de ser rutinario y no tiene posibilidades de ofrecer una competitividad ante otros profesionales.

Las (os) Trabajadores Sociales pueden incursionar en campos que limitan a la población el libre desarrollo y acceso a las prestaciones de servicio, pero también pueden crear campos innovadores, en campos como el de la familia, recomendando la verdadera integración del hogar tanto para el futuro de los hijos, como para el cuidado y atenciones de las personas de la tercer edad. De igual forma el campo de Trabajo Social, puede encaminarse a la búsqueda de mejoras económicas para los ancianos, cuestión que ha sido hasta hoy, un motivo de trabajo y campo recorrido por los grupos pro derechos humanos.

Los retos no deben quedarse con estilos recomendados, si no estilos que promuevan innovaciones en su campo, que permitan crear nuevas metodologías, en hacer propuestas basadas en la búsqueda del desarrollo y mejora profesional, hacer incidencia en los diferentes niveles para la creación de leyes, proyectos y reglamentos para el equilibrio social, mantener vínculos a todo nivel para ampliar conocimientos e investigar siempre.

4.3. IMPORTANCIA DE PROMOVER UN VOLUNTARIADO PARA LA ATENCIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

Para cubrir y atender las necesidades de la población adulta mayor que asiste al CAMIP, es necesario que Trabajo Social proponga un proyecto de voluntarios(as).

Este proyecto debe tener por objeto modificar las acciones que hasta hoy ha realizado el Centro de Atención Integral para Pensionados (CAMIP) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las que se han concretado a brindar atención en esta Unidad, con el tratamiento médico y el apoyo del personal multidisciplinario, compuesto por Trabajadoras Sociales, Psicólogos, Terapistas y personal de Enfermería, sin que se pueda dar un trato individualizado por falta de personal, de tiempo, de recursos necesarios para ello y de un presupuesto específico. Por lo mismo se pretende que las acciones sean más humanas, individuales y conscientes para cada caso, de preferencia en su propio domicilio.

El realizar visitas domiciliarias a cada uno de los Pensionados y Jubilados(as), reviste características que permiten el conocer el medio ambiente de las personas, encontrar las limitaciones que no les permiten desarrollarse como quisieran y al mismo tiempo encontrar en forma conjunta las soluciones a su problemática.

Se requiere de la participación de muchos miembros del personal a manera de que en forma conjunta realizar un mejor trabajo en beneficio de Jubilados y Pensionados.

El elaborar un proyecto que permita acciones de atención domiciliaria para personas de la tercera edad, conlleva también dar una imagen humana a los servicios que presta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP), realizando visitas domiciliarias en equipo multidisciplinario a manera de conocer en grupo sus limitaciones y necesidades, elaborando un programa de trabajo conjunto para tal fin.

Para ello se necesita fortalecer el recurso humano, asegurando los recursos financieros de la Institución, e involucrar como principales beneficiarios a hombres y mujeres de la tercera edad, en el diseño de un programa, ya que como principales beneficiarios deben participar aportando de sus propias experiencias y necesidades, los lineamientos básicos para su ejecución, estableciendo un sistema de información completo y actualizado que

permita conocer el impacto de las acciones realizadas en la nueva modalidad.

La Constitución Política de Guatemala garantiza la protección de las personas y en forma especial velar por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella derivan (Art. 52). También establece en los Artículos 92, 94 y 95 que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna; que el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes y desarrollará a través de sus instituciones acciones de prevención, protección, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social a todos los habitantes.

De acuerdo a lo anterior cuando se habla de acciones pertinentes debe tomarse como tales los mecanismos necesarios para brindar una atención integral y multidisciplinaria que contribuya a mejorar sus necesidades básicas de salud y bienestar.

El proyecto se presentará a las altas autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el mes de enero 2005 para su estudio ya que se pretende empiece a funcionar en ese mismo año, en él se pretende visibilizar y transformar la situación de vulnerabilidad y

discriminación que sufren mujeres y hombres jubilados y pensionados en el marco de salud física y psicológica.

Para tener una mejor proyección e impacto de la presente propuesta, se hace necesario contar con recurso humano que coadyuve a la solución de la problemática de la población a atender, para ello se pretende que haya un personal voluntario que contribuya a ello, tal es el caso, de las Pastorales Sociales con que cuenta las Parroquias y cuyo deseo es encontrar la forma de ayudar al necesitado.

Por lo anterior, se hará contacto con las diferentes Parroquias para encontrar a las personas que quieran trabajar en forma voluntaria, con una capacitación adecuada previamente, a efecto de contribuir así al cumplimiento del objetivo del proyecto, para ello se harán equipos de dos personas quienes visitarán a las personas de la Tercera Edad, de acuerdo a la ubicación de su domicilio y la planificación, horario y visitas la harán los grupos a conveniencia.

Debido a que la mayor cantidad de la población de la Tercera Edad, no cuenta con familiares, ni recursos económicos para pagar los servicios de una persona que les ayude o que les acompañe, muchas de estas personas se sienten solas y desamparadas, por lo que necesitan de amigos, por lo menos para dialogar.

La capacitación se hará por parte de la Oficina de Trabajo Social, con temas de tipo social y será la misma oficina quién supervise y evalúe los resultados cada tres meses.

CONCLUSIONES

1. La población del Adulto Mayor crece en número, pero las prestaciones que se le otorgan no son acordes para cubrir sus necesidades básicas, después de una vida activa que contribuyó al desarrollo del país y con su aporte a la sostenibilidad del IGSS. Estas personas cuentan con grupos familiares, muchos en desempleo con quienes debe compartir su pensión, por lo cual no puede resolver todas sus necesidades personales.
2. Los programas del IGSS, en especial el de Visita Domiciliaria, encaminados a la cobertura del Adulto Mayor, no están fortalecidos por la presencia de un equipo multidisciplinario, que atienda las demandas en forma integral.
3. El IGSS solo cuenta con un Centro Médico Integral para Pensionados en la capital, para atender a 9,851 pensionados por vejez y 134,883 pensionados por invalidez. Las citas por consulta son distantes, lo que dificulta un seguimiento adecuado a su salud.
4. Los adultos mayores no cuentan con programas del Estado o del IGSS, que posibiliten resolver sus necesidades más urgentes, tales como alimentación, vivienda y salud, lo que no permite gozar de un retiro adecuado, satisfactorio y con paz, pues la mayoría de la población investigada manifiesta ansiedad y angustia frente a su situación.

RECOMENDACIONES

1. Transformar la interpretación y aplicación tradicionalmente rígida de apoyo al Adulto Mayor, para ofrecer una verdadera seguridad social con equidad y calidad humana.
2. Para una mejor prestación de servicios en el CAMIP, se hace necesario realizar un proyecto completo de visita domiciliaria con un equipo multidisciplinario, que coadyuve a mejorar las condiciones de salud del adulto mayor. Fortaleciéndolo mediante capacitación, para que cada uno de sus miembros asuma la responsabilidad profesional que le corresponde.
3. Divulgar los planes, programas y proyectos con que cuenta el CAMIP, de igual forma, difundir los contenidos de las leyes a favor de los Adultos Mayores, para que tanto usuarios como población conozcan su contenido.
4. Los y las Trabajadoras Sociales deben asumir el reto de realizar un trabajo que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor e incidir con iniciativas para proponer cambios en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez del Real María Eloisa. **"La Tercera Edad"** Editorial América S.A. Chile 1999.
2. Ardón López Héctor. **"El Futuro de la Seguridad Social Guatemalteca"** Tesis Facultad Ciencias Jurídicas y Sociales. USAC. 1996.
3. Barahona Entrever Oscar y Walter Ditell. **"Bases para el Programa de Accidentes de Trabajo en Guatemala"** Tomo 1 Unión Tipográfica, Guatemala . 1948.
4. CDC. Instituto Bordéele de Gerontología y Desarrollo del Adulto Mayor en Israel, Giviat H-Joint Jerusalén, año 2000.
5. Congreso de la República, **"Constitución Política de Guatemala"**, Tipografía Nacional. 1985.
6. Estrada Galindo Gustavo **"Exclusión Social y Envejecimiento"** Sistema de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Editorial Artgrafic, Guatemala. 2001.
7. Enciclopedia Familiar de la Tercera Edad. **"Educar, Cultural y Recreativa"**. Vega y Herrera, Chile. 1999.
8. **Informe de labores del Estado de Guatemala**, (Informe del Ministerio de Salud. 2002.
9. **Informe de Población de OPS para América Latina**. Revista informativa de Salud. 2000.

10. **Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**, 3era edición, Guatemala, 1985.
11. Lorda Carlos Raúl. **"Recreación para el Trabajo en la Tercera Edad"** Ediciones Nexo, Sport. Montevideo, Uruguay. 1993.
12. **Manual de Normas y Procedimientos del IGSS**, Guatemala, 1998.
13. **"Modelo Israelí de Servicio para Adulto Mayor"**. Servicios Sociales Para la Tercera Edad y la Familia 1998.
14. Monroy Humberto. **"Clases Pasivas, Estado y Políticas Públicas"** Barcelona, España. 1991.
15. **"Reglamento de Accidentes de Trabajo"** IGSS. Unión Tipográfica Guatemala. 1948.
16. Redondo Nélida. **"Ancianidad y Pobreza, una investigación en sectores populares"**. Editorial Aníbal Villaverde. Argentina. 1998.
17. Ovalle Rodolfo. **"Pacto de Equidad"** Estudios Sociales. Costa Rica. 2000.
18. Pardo Pinelo Marcelo. **"Modelo Neoliberal en Equidad"** Editorial Montéalo, Chile. 1990.
19. Publicaciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social **"Programas de Cobertura"**, Guatemala, 1999.
20. Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. **"Sesenta y Más"**. Guatemala, 1999.

21. Puerta Refugio. **"Detalle Demográfico de América Latina"**, Editorial Alamidas. Buenos Aires, Argentina. 1990.
22. Sánchez Salguero, Carmen Delia. **"Trabajo Social y Vejez"** Trabajo de Investigación, UNAM México. 1986.
23. Visquerra, Enrique. **"Evolución de la Protección Social, hacia los Servicios Sociales"**Aporte de la XXXI reunión de; Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Celebrado en Uruguay Nov. 1987